

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

CHARLES-LOUIS-FERNAND CARREL

Né à Gênes, le 28 novembre 1863

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

ANCIEN INTERNE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE LAUSANNE (Prof. Roux).

Considérations sur le pronostic opératoire

ET LA

GUÉRISON DES SARCOMES DU FÉMUR

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM.

{	LANNELONGUE, professeur.
	JALAGUIER, agrégé.
	TUFFIER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

502

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

CHARLES-LOUIS-FERNAND CARREL

Né à Gênes, le 28 novembre 1863

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

ANCIEN INTERNE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE LAUSANNE (Prof. Roux).

Considérations sur le pronostic opératoire

ET LA

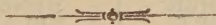
GUÉRISON DES SARCOMES DU FÉMUR

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM.

{	LANNELONGUE, professeur.
	JALAGUIER, agrégé.
	TUFFIER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	N [°]
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUD.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTNER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS MES AMIS

Qui m'ont soutenu de leur sympathie pendant ma longue maladie.

Introduction

La fréquence relative des sarcomes fémoraux, la gravité du traitement chirurgical qui leur est appliqué, expliquent facilement l'importance qui s'attache au pronostic opératoire de ces tumeurs !

Aux difficultés que comporte toute question de pronostic, vient s'ajouter dans la question qui nous occupe, la difficulté qu'a le chirurgien de suivre son opéré pendant un nombre suffisant d'années.

Beaucoup d'observations ne relatent l'état du malade que quelques mois après l'intervention, lorsqu'elles ne constatent pas simplement la guérison opératoire.

La nature histologique de la tumeur, malgré l'importance qu'on lui a attribuée, et pour le genre d'intervention et pour le pronostic ultérieur, n'est pas notée ou manque d'exactitude, trop souvent.

Sans nous faire d'illusion sur la faiblesse de nos moyens d'investigation, nous nous sommes posé vis-à-vis de nos 65 observations de sarcomes fémoraux, les questions suivantes :

La nature histologique de la tumeur sarcomateuse joue-t-elle un rôle aussi important que celui qu'on lui a assigné au point de vue de l'intervention elle-même ?

L'évolution, les symptômes principaux, peuvent-ils

éclairer en quoi que ce soit ce pronostic opératoire ou l'avenir du malade ?

A quel genre d'opération, amputation ou désarticulation, faut-il donner la préférence ?

Quels sont, enfin, les résultats éloignés de ces opérations ?

Avant d'entrer dans l'exposé des faits, nous nous faisons un devoir et un plaisir de remercier tous nos maîtres de l'intérêt qu'ils n'ont cessé de nous montrer.

Que mon cher Maître, M. le professeur Terrier, qui a bien voulu présider cette thèse, veuille bien accepter le témoignage de notre profonde reconnaissance. Il sait quel souvenir nous garderons toujours de l'école de Bichat.

Que nos chers maîtres, M. le professeur Potain et M. le professeur Guyon, reçoivent tous nos remerciements pour la bonté qu'ils nous ont toujours montrée.

Avec notre cher Maître, M. le Dr Quénu, nous avons passé une bonne et fructueuse année, dont nous garderons toujours le souvenir.

Que M. le professeur Roux (de Lausanne), accepte tous nos remerciements. Pendant notre internat chez lui, nous avons pu admirer les ressources considérables de son beau service ; nous le remercions, en outre, des observations inédites qu'il a bien voulu nous confier.

CHAPITRE I

Dès le début de l'histoire des sarcomes, on a voulu, en se basant sur leurs caractères histologiques différents, créer des variétés allant d'une bénignité presque absolue à la plus grande malignité.

Exagérant encore ces caractères, Paget (1853) sépare du groupe des sarcomes créés par Virchow les tumeurs constituées par les éléments mêmes de la moelle, tumeurs myéloïdes.

H. Gray, Nélaton, Verneuil adoptent une distinction qui leur paraît basée sur la bénignité ordinaire, sinon constante, des néoplasmes qui appartiennent à cette variété.

Nélaton accentue encore cette distinction, puisqu'il veut en faire une catégorie aussi distincte que le chondrome ou l'ostéome.

Les faits de plus en plus nombreux ayant montré que la récidive et la généralisation se produisaient aussi dans cette variété, M. Schwartz, avec Gross (thèse d'agrégation, 1880), adopte une division anatomique qui s'applique parfaitement à la clinique.

Il divise les sarcomes des os, en :

Sarcomes centraux ou myélogènes.

Sarcomes périphériques ou périostaux.

Les sarcomes myélogènes se subdivisant eux-mêmes en :

1° Sarcomes à cellules géantes ou giganto-cellulaires

(s. à myéloplaxes); 2° Sarcomes à cellules fusiformes; 3° Sarcomes à cellules rondes.

Les sarcomes périostaux divisés en : 1° Sarcomes à cellules fusiformes; 2° Sarcomes à cellules rondes; 3° Sarcomes ostéoïdes (transformation des variétés fuso et globo-cellulaires).

Les dénominations pour les diverses variétés de sarcomes diffèrent tellement suivant les auteurs et les observations, que nous avons cru nécessaire de donner cette division que nous suivrons dans le cours de ce travail.

A cette division des sarcomes en centraux et périostaux avec leurs différentes variétés correspondrait une véritable échelle de malignité. La variété giganto-cellulaire tenant le premier rang comme bénignité, quoique il se généralise cependant encore une fois sur cinq.

Le sarcome périostal à cellules fusiformes étant le plus grave puisque suivant le tableau de Gross, il s'est toujours généralisé.

TABLEAU DE GROSS

VARIÉTÉ DE SARCOMES		RÉCIDIVE LOCALE	GÉNÉRALISATION
Périostaux..	{ cell. fusif. . . .	66 0/0	100 0/0
	{ cell. rondes . .	50 —	66,66
	{ cell. ostéoïdes.	41 —	65,62
Centraux...	{ cell. rondes . .	25 —	33,33
	{ cell. fusif. . . .	20 —	23,07
	{ cell. géantes. .	8 —	12,72

Ce tableau porte sur tous les sarcomes des os longs, et l'on sait que les sarcomes du fémur paraissent être les plus graves.

Malgré ce correctif, les différences aussi considérables que porte le tableau de Gross puisqu'il oscille de 12 pour cent à 100 pour 100, explique assez l'importance que l'on a voulu mettre à une distinction histologique des tumeurs et l'appliquer au genre de traitement.

Et tout d'abord, il est très souvent, sinon presque toujours fort difficile de faire un diagnostic un peu certain de la variété histologique à laquelle on a affaire. La marche, la durée, les phénomènes fonctionnels, les symptômes physiques ne donnent le plus ordinairement que des renseignements bien vagues.

Aussi a-t-on pensé faire précéder toute intervention d'une incision exploratrice qui permettrait de reconnaître la nature anatomo-pathologique de la tumeur. Cette constatation est loin d'être facile souvent, ainsi que le montre d'ailleurs le fait relaté par M. Routier. On montre une tumeur diagnostiquée sarcome à M. le professeur Cornil, qui hésite; on fait la désarticulation du fémur et l'examen histologique montre que l'on a affaire à une tuberculose du fémur.

S'il est difficile, dans certains cas, de reconnaître simplement si l'on a affaire à un sarcome ou à une tumeur d'autre nature, il est à prévoir que la constatation de la variété histologique du sarcome incisé sera fort souvent presque impossible à faire.

Nombreuses sont les observations où l'opération est faite déjà assez loin du début, pour qu'il soit même impossible de reconnaître par l'examen de la pièce si l'on a affaire à un sarcome à début central ou périostal. Ce ne serait donc surtout que dans les cas pris au début, cas où l'on trouvera par exemple une tumeur bien encapsulée dans une coque osseuse, siégeant dans une épiphyse,

que l'on pourra faire un diagnostic ferme de tumeur à myéloplaxes.

Et ce diagnostic sera encore bien incomplet puisqu'on pourra avoir affaire, ainsi qu'on le constate dans certains cas, à une tumeur mixte à cellules fusiformes et cellules géantes !

L'incision exploratrice aurait pour certains auteurs une certaine importance et cela pour constater l'intégrité plus ou moins complète de la capsule isolant la tumeur et l'état des parties molles et du canal médullaire.

Sans vouloir diminuer l'importance d'une constatation de l'état des parties voisines de la tumeur dans certains cas pour décider du genre d'intervention, nous ferons remarquer que parfois la malignité de la tumeur ne paraît pas être en rapport avec la facilité avec laquelle la capsule est brisée et les parties molles envahies.

Si nous examinons dans nos observations de sarcomes à cellules géantes plus ou moins purs, combien ont récidivé ou se sont généralisés, nous voyons que dans deux observations de sarcomes à cellules géantes et fusiformes après une évolution remarquablement lente (7 ans) un cas a récidivé, l'autre s'est généralisé.

Dans les 5 autres observations, dont une, il est vrai, ne peut compter puisque le malade n'est pas suivi après l'opération, mais dont la marche paraissait assez rapide, deux malades récidivent après l'opération, l'autre succombe à la généralisation.

Restent donc deux malades notés comme indemnes. Mais l'un n'était suivi que depuis 8 mois, ce qui est insuffisant. L'autre était guéri depuis 4 ans.

Dans nos observations de sarcomes centraux non à

myéloplaxes, un malade était indemne deux ans après l'opération.

Dans les observations de sarcomes périostaux on trouve un malade guéri depuis 27 mois.

Ces quelques faits semblent venir à l'appui de l'opinion exprimée par M. Quénu, à savoir que, au point de vue de l'intervention, la nature histologique paraît avoir une importance infiniment moindre que celle qu'on a voulu lui faire jouer. Les sarcomes myéloïdes paraissant plus bénins, parce que, renfermés plus longtemps dans le canal médullaire, leur évolution est plus lente. Cette bénignité plus apparente que réelle des sarcomes à myéloplaxes ne devra guère, semble-t-il, permettre au chirurgien d'appliquer une intervention spéciale et moins radicale aux sarcomes fémoraux appartenant à cette variété histologique.

CHAPITRE II

D'après la plupart des auteurs qui se sont occupés des sarcomes osseux des membres, le pronostic ne dépendrait pas seulement de la nature de la tumeur sarcomateuse, mais encore de son évolution !

L'âge tout d'abord semble apporter une modification certaine dans l'allure de ces tumeurs.

Dans le jeune âge, jusqu'à 17 ans, l'ostéo-sarcome serait toujours extrêmement grave. Ce sont en effet le plus ordinairement des formes malignes et rapides qui se développent dans cette période de l'existence.

Les symptômes du début, qu'il s'agisse, ainsi qu'on le remarque le plus ordinairement, de phénomènes douloureux au siège du néoplasme, soit que le malade constate par hasard la présence d'une tumeur, ne paraissent avoir dans l'un ou l'autre cas, aucune influence dans le pronostic ultérieur, ni dans la marche.

Il n'en est pas de même des fractures spontanées qui, dans certains cas, peuvent constituer le symptôme primordial.

Elles se produisent le plus souvent à la suite d'un traumatisme insignifiant et la consolidation ne se fait pas. La fracture spontanée ne se produit, en effet, que lorsque le néoplasme a envahi l'os au moins dans la plus grande partie

de son épaisseur, ce qui indique un processus déjà avancé.

La forme de la tumeur, sa consistance, son siège peuvent parfois fournir des renseignements sur la marche ultérieure. M. Schwartz pense même qu'en se fondant sur un certain nombre de signes, on pourra arriver à distinguer les différentes variétés entre elles.

Le sarcome *périostique* globo-cellulaire se présente sous l'aspect d'une tumeur fusiforme ou piriforme, généralement diaphysaire, apparaissant entre 20-30 ans, douloureuse, lobulée molle, souvent kystique, non pulsatile, accompagnée de dilatation des veines sous-cutanées, d'élévation de température, et de tuméfaction ganglionnaire.

Le sarcome fusiforme-cellulaire est presque aussi souvent diaphysaire qu'épiphytaire, n'est pas pulsatile, altère rarement la peau; les ganglions sont rarement pris.

Le sarcome ostéοide se présente sous forme de fuseau ou de massue chez des enfants ou des jeunes gens; il siège de préférence au niveau du cartilage juxta-épiphysaire, ordinairement douloureux. Il est souvent dur, quelquefois mou et fluctuant.

Les tumeurs myéloides présentent un volume moindre, la pulsation est fréquente, et lorsque la tumeur siège sur une épiphyse, on a très probablement affaire à une tumeur à cellules géantes. La forme globo-cellulaire siègerait surtout au niveau de la diaphyse.

La marche de l'affection pourra éclairer le pronostic. Le plus souvent avec les sarcomes centraux l'évolution paraît plus lente, sans acoups, ceci surtout pour les sarcomes à myéloplaxes.

Les formes plus malignes avec une marche plus rapide évoluent fréquemment par bonds. A une période d'accalmie succède sans motif un processus absolument aigu.

La grossesse paraît hâter l'évolution.

En nous plaçant uniquement au point de vue de l'évolution et sans préjuger sur les résultats ultimes, nos observations concordent d'une façon générale avec les données classiques.

Il est inutile d'insister sur la difficulté qu'il y a à déterminer un peu exactement l'époque du début.

Si la douleur existe avant le symptôme-tumeur, l'époque du début sera probablement plus exacte que lorsque, ainsi qu'il arrive souvent, la tumeur évoluant sans autre signe, le malade constate par hasard la présence du néoplasme.

En outre nombre d'observations sont incomplètes, tantôt la date de la mort manque, tantôt le début n'est pas noté.

Si nous examinons dans nos observations la durée de l'évolution, du début à l'époque de l'opération (tout en reconnaissant que cette manière de faire est peu exacte), nous constatons que l'évolution est certainement beaucoup plus lente d'une façon générale pour les formes de sarcomes à myéloplaxes que pour les autres variétés, le sarcome myélogène présentant une évolution allant de deux ans à plusieurs années, tandis que les autres ne dépassent pour ainsi dire jamais deux ans.

Mais hâtons-nous d'ajouter que cette marche plus ou moins rapide n'est malheureusement guère en rapport avec la fréquence d'une récurrence ou d'une généralisation ultérieure.

Le siège de la tumeur joue un rôle considérable et cela surtout pour le membre inférieur.

A considérer nos observations, le sarcome siégeant à l'extrémité supérieure du fémur paraît rare, puisque sur

soixante-cinq observations de sarcomes fémoraux, nous n'en possédons que deux qui ne soient pas des sarcomes de la moitié inférieure.

La nécessité de procéder à une désarticulation, le voisinage du bassin, son envahissement probable et plus rapide, montrent assez l'importance du siège.

CHAPITRE III

En présence d'un sarcome et sauf quelques contre-indications plus ou moins formelles, tous les auteurs paraissent être d'accord pour intervenir chirurgicalement.

Virchow, dès le début de l'histoire des sarcomes, dit : « Chaque sarcome a une période de localisation pendant laquelle il se prête à l'opération. »

M. Schwartz, dans son étude des sarcomes osseux des membres, est du même avis : « étant donné que tout sarcome a une période locale et bénigne, il faut opérer. »

Et cependant, comme nombre d'auteurs, il pose une restriction. Il se demande si, d'un côté, les sarcomes à myéloplaxes paraissent pour la plupart ne pas devoir arrêter le chirurgien ? si, d'autre part, la statistique désolante de Gross pour certains sarcomes périostaux, leur généralisation constante ne doit pas faire hésiter le chirurgien ?

Si, à cette première restriction, on se rappelle, ainsi que l'a montré Verneuil (Association pour l'avancement des Sciences, 1878), qu'un traumatisme paraît souvent donner un véritable coup de fouet à la généralisation, on comprend qu'on puisse se poser tout d'abord cette question : « En cas de sarcome du fémur, même à sa période de début, y a-t-il avantage ou non à intervenir chirurgicalement ? »

Cette question si importante nous paraît se poser spé-

cialement pour les sarcomes du fémur, dont la gravité, si nous pouvons nous en rapporter à notre soixantaine de cas, nous paraît être plus grande que pour les autres sarcomes osseux.

Dans plusieurs de nos observations, le traumatisme énorme qu'a causé une opération toujours aussi grave qu'une désarticulation coxo-fémorale paraît avoir très nettement hâté la terminaison d'un sarcome à marche assez lente.

Mais nous croyons ne pouvoir insister, car il nous manque, pour avoir une base de comparaison solide, la durée moyenne d'un assez grand nombre de sarcomes du fémur ayant évolué sans intervention. On ne trouve guère dans la littérature des observations semblables, et l'on ne sait d'ailleurs, le plus souvent, ce que sont devenus les malades, peu intéressants, semble-t-il, puisqu'ils n'ont subi aucune opération.

A une période plus avancée, certains accidents, tels que les douleurs intolérables, les hémorrhagies, les ulcérations avec infections consécutives, rendront une opération, toute palliative d'ailleurs nécessaire.

Un certain nombre de contre-indications trancheront immédiatement la question dans le sens d'une non-intervention.

Avec M. Schwartz nous les diviserons en locales et générales.

Contre-indications locales. — 1° *La tumeur ne peut être enlevée en totalité.* Cette contre-indication paraît surtout importante pour les tumeurs du fémur, l'envahissement du bassin rendant toute opération radicale ordinairement impossible.

2° *La nature histologique* de la tumeur, malgré l'opinion de Gross, ne nous paraît être un guide ni suffisamment facile, ni assez sûr.

3° *L'envahissement des ganglions* ne semble pas en général avoir empêché l'opération. De l'examen de nos observations l'état des ganglions semble avoir été sans importance dans le résultat ultérieur.

D'ailleurs la disparition fréquente des ganglions après l'opération montre que l'on a affaire le plus souvent à des ganglions non sarcomateux.

4° *La rupture de la capsule* et la présence dans les parties molles de noyaux isolés, sont plus importantes pour le choix du genre de l'opération que comme contre-indication à l'opération elle-même.

Contre-indications générales. — Le mauvais état général, le cachexie peuvent empêcher toute intervention. Cependant on remarque souvent une amélioration notable de l'état général à la suite de l'extirpation de la tumeur, surtout si celle-ci est volumineuse.

C'est la *généralisation* qui, de toutes les contre-indications, est la plus formelle et la plus absolue.

Un examen attentif de tous les organes internes devra précéder toute opération. La généralisation se faisant avec une prédilection remarquable dans l'appareil respiratoire, tout phénomène anormal, hémoptysie, bronchites tenaces et répétées, devront faire hésiter le chirurgien.

CHAPITRE IV

Une fois décidé à intervenir, le chirurgien pourra hésiter entre trois genres d'intervention. Simple extirpation de la tumeur ; résection de l'extrémité osseuse atteinte (cela naturellement pour des tumeurs encore encapsulées) ; amputation et désarticulation.

Les anciens auteurs, Boyer, Dupuytren, préconisent l'amputation sans préciser le lieu. Dans la suite, la désarticulation semble être préférée par la crainte très naturelle de laisser, à la suite des amputations, des prolongements sarcomateux, soit dans les parties molles, soit dans le canal médullaire, et provoquer ainsi une récurrence rapide.

Pour Follin, on doit enlever l'os atteint en entier, puisque, suivant lui, les chances de guérison sont meilleures qu'après une simple amputation. Cependant il hésite pour les tumeurs nettes de l'extrémité inférieure du fémur, à cause de la possibilité d'un sarcome à myélopaxes !

Holmès ne veut pas de la désarticulation de la hanche. Gillette, Verneuil, M. Tillaux préfèrent l'amputation à la désarticulation.

Parisot (1877), se basant sur l'examen de 41 faits de sarcomes, conclut à l'amputation le plus haut possible.

La résection et l'extirpation de la portion osseuse

atteinte, qui paraît avoir été souvent tentée et avec résultats, pour d'autres sarcomes que ceux du fémur, ne paraît que rarement appliquée aux sarcomes fémoraux. Sur nos 65 observations, elle n'a été faite que deux fois. Dans l'observation IX, on crut avoir affaire à une tumeur blanche du genou, et c'est en voulant pratiquer la résection que l'on constata un sarcome à myéloplaxes du condyle interne. Le malade est guéri depuis huit mois. Dans l'autre cas (Obs. II), simple extirpation de la tumeur, récédive 7 semaines après.

Tous ou presque tous les chirurgiens paraissent s'en tenir à l'une des deux opérations, amputation ou désarticulation de la hanche.

Les uns, plus radicaux, veulent, sans s'inquiéter de la nature histologique de la tumeur, désarticuler le fémur pour se mettre à l'abri de toute récédive locale. Les autres, moins entiers, veulent faire entrer en ligne de compte la nature histologique de la tumeur. S'ils acceptent la désarticulation pour la plupart des cas, ils veulent traiter les tumeurs à myéloplaxes par une simple amputation. D'autres enfin veulent surtout se baser sur l'état de la tumeur, sur son encapsulement plus ou moins complet, pour décider du genre d'intervention.

Sur les 25 observations de sarcomes centraux que nous avons pu rassembler, 8 appartiennent à la variété giganto-cellulaire, sarcomes à myéloplaxes. Dans l'observation II la tumeur primitive est bien désignée sous le nom de sarcome à cellules fusiformes, mais la présence de cellules à myéloplaxes dans la généralisation pleurale, sa marche particulièrement lente, nous permettent, semble-t-il, de la ranger dans la catégorie giganto-cellulaire. Sur ces 8 malades, 7 ont été amputés. L'un d'eux (Obs. VI) reste

guéri, sans récurrence ni généralisation, depuis 4 ans. Le n° III ne peut servir puisqu'on n'a que le résultat immédiat de l'amputation.

Dans les quatre autres observations, nous avons affaire à des malades ayant été amputés, mais qui ont récidivé et subi subséquemment la désarticulation.

La récurrence au moignon s'est faite de quelques semaines à quelques mois après l'amputation; Obs. II, 4 à 5 semaines; Obs. XVIII, 8 semaines; Obs. XVII, 8 mois; Obs. VIII, quelques mois.

La désarticulation, pratiquée à la suite de la récurrence, n'a pas servi à grand chose, puisque 3 ont généralisé de un à quelques mois après l'opération. Le quatrième ne pouvant entrer en ligne de compte, puisqu'il n'est pas suivi après la désarticulation.

Un seul sarcome à myélopaxes a été traité d'emblée par la désarticulation (Obs XVII); la tumeur s'est néanmoins généralisée 6 semaines après l'opération. Et chose à noter, elle paraissait avoir débuté depuis 7 ans.

En résumé, quatre amputés sur six ont récidivé au moignon, ce qui paraît plaider contre l'amputation. Mais il faut remarquer que sur les quatre qui ont subi la désarticulation soit immédiate, soit secondaire à la récurrence (le 5^e ne pouvant compter), tous ont présenté une généralisation de 1 à quelques mois, tandis que deux amputés ont dépassé la période dangereuse de deux ans.

Faisons observer en outre que dans toutes ou presque toutes les observations où le lieu d'amputation est noté, on trouve « amputation au tiers moyen ».

Si nous passons en revue les autres variétés de sarcomes :

Sur 10 cas de sarcomes dit centraux non à myélo-

plaxes, deux malades ont été amputés : Obs. X, pas de récurrence ni de généralisation depuis deux ans que date l'opération. Dans l'Obs. XI, amputation, récurrence au moignon ; on fait une désarticulation, mais le malade n'est pas suivi après cette seconde opération.

Dans les 8 autres observations, tous ont été traités par la désarticulation. Chez 7 de ces malades la généralisation sarcomateuse a eu lieu dans une période de 6 mois à 2 ans. Donc maximum de survie ne dépassant pas deux ans.

Chez le 8^e (Obs. XIV) nous avons affaire à un sarcome « en partie myxomateux ». Cinq ans après le début, (on avait extirpé la tumeur à 5 reprises, elle avait toujours récidivé sur place), on fait la désarticulation et 6 mois après on constate une récurrence à l'acétabulum. On résèque alors la cavité articulaire ;

13 ans après on constate la formation d'une « tumeur métastatique au bras. »

Cette observation à marche particulièrement lente et relativement bénigne, puisque le malade vivait encore 13 ans après la dernière opération, montre cependant que la désarticulation n'a pas mis le malade à l'abri d'une récurrence.

En résumé, sur les dix observations de sarcomes centraux, un seul, l'amputé, n'a pas récidivé et n'a présenté aucune trace de généralisation depuis 2 ans.

Onze malades atteints de sarcomes du fémur de la variété dite périostale ont subi soit l'amputation, soit la désarticulation.

Trois ont été amputés. L'un (Obs. XXVI) présentait tous les symptômes d'une récurrence au moignon (os tuméfié, volumineux) peu après l'opération. Le second, suivi seu-

lement deux mois, ne présentait rien de particulier. Pour le troisième, généralisation après 21 mois.

Huit malades ont été désarticulés. Pour 5 d'entre eux, la généralisation s'est produite dans l'espace de 3 à 14 mois.

Dans l'Obs. XXXVI, (malade ayant survécu 14 mois), nous avons affaire cependant à un sarcome de l'extrémité supérieure du fémur.

A noter l'Obs. XXXIII, où la désarticulation n'a pas empêché la récurrence du moignon au bout de 7 mois.

Deux malades sont portés guéris, l'un depuis 8 mois, l'autre depuis 2 ans 3 mois.

Sur les 26 observations de sarcomes sans dénomination spéciale (ostéo-sarcomes), 24 malades ont subi soit l'amputation soit la désarticulation.

7 amputations sur lesquelles 3 récurrences, mais à la même époque phénomènes de généralisation.

Obs. XLV récurrence aux parties molles et os iliaque et généralisation au bout de 3 mois.

Obs. LII récurrence au bout de 3 mois, mais généralisation peu après.

Pour les 4 autres amputés, généralisation dans l'espace de 24 jours à 3 mois.

17 malades traités par la désarticulation. Généralisation dans 16 cas et cela dans l'espace de 8 jours à 4 ans 1/2.

Faisons remarquer que l'Obs. LVI, où la malade présente la généralisation seulement 4 ans 1/2 après la désarticulation, porte le diagnostic : chondro-sarcome.

Pour le 16^e malade, 4 mois après la désarticulation, il présentait une tumeur métastatique au coude.

De cette revue, peu réjouissante d'ailleurs, des sarcomes fémoraux traités soit par l'amputation soit par la désar-

ticulation, il nous semble que nous pouvons tirer les déductions suivantes.

La variété des sarcomes dits à myéloplaxes, si elle présente le plus souvent une marche plus lente, ne paraît pas cependant mériter un traitement particulier, puisque un seul des cas que nous avons pu recueillir ne présente ni récurrence, ni généralisation depuis 4 ans.

Si d'autre part nous opposons toutes nos observations de sarcomes à quelque variété qu'ils appartiennent, traités par la désarticulation, à ceux traités par l'amputation, nous ne voyons guère que l'opération radicale ait une supériorité avérée sur l'amputation. Non-seulement dans plusieurs cas, l'extirpation complète du fémur n'a empêché ni la récurrence aux parties molles ou au bassin, ni les métastases éloignées, mais encore elle n'empêche aucunement la généralisation subséquente. Au contraire, dans certains cas elle paraît l'avoir précipité.

Ainsi, dans l'obs. II, le malade, après l'amputation, récidive, il est vrai, au moignon 4 à 5 semaines après l'opération. Mais la marche de cette récurrence paraît avoir été remarquablement lente, puisque la désarticulation ne fut faite que 6 ans après l'amputation. Un mois après, le malade mourait de généralisation pulmonaire.

Nous croyons donc que, à moins d'indications spéciales, dues au siège élevé de la tumeur, à l'envahissement très lointain des parties molles ou du canal médullaire, le sarcome de l'extrémité inférieure du fémur devra être traité par l'amputation, amputation faite, nous semble-t-il, aussi haut que possible, et non au tiers moyen ou quelques centimètres au-dessus de la tumeur.

On se mettra ainsi très probablement à l'abri de nombre de récidives, on soumettra le malade à une opération moins grave, à un choc moins considérable.

Enfin on aura un moignon résistant pour poser un appareil prothétique.

CHAPITRE V

Des causes multiples rendent fort difficile, sinon presque impossible, un jugement absolu sur le pronostic ultime des sarcomes fémoraux. Il est malheureusement toujours difficile au chirurgien de suivre son opéré pendant un nombre d'années suffisant. Et l'on considérera comme guéris définitivement des malades qui succomberont quelques années plus tard.

D'autre part, ainsi que le fait remarquer M. Schwartz dans son travail sur les sarcomes, ce n'est probablement que dans les cas où la tumeur repullule ou se généralise, qu'on a l'occasion de retrouver son opéré et que probablement le plus grand nombre des cas malheureux est publié, tandis que les cas heureux restent dans l'ombre.

Nous avons cependant un certain nombre d'observations provenant de chirurgiens ayant suivi tous leurs malades atteints de sarcomes fémoraux. Et leurs résultats ne sont pas favorables, loin de là.

D'une façon générale, il semble que pour beaucoup de chirurgiens le pronostic post-opératoire doive être très réservé et cela pendant les deux premières années. Quand la généralisation et la récurrence n'auront pas apparu pendant cette période, il y aura tout lieu d'espérer qu'elles ne se produiront plus.

Nous croyons cette façon d'envisager le pronostic défi-

nitif beaucoup trop favorable pour ce qui est des sarcomes fémoraux.

Si nous reprenons nos 65 observations et si nous recherchons ce que sont devenus les malades, combien ont guéri, combien sont morts, nous arrivons à des résultats autrement sombres.

Dans 4 de nos observations, *il n'a pas eu d'opération* — Obs. XXIV, le malade présentait à son entrée à l'hôpital une bronchite suspecte. Durée 2 ans, du début à la mort. Obs. XXX, 5 mois après le début de la tumeur fémorale, le malade est opéré d'une métastase sarcomateuse au maxillaire inférieur, généralisation pulmonaire peu après et mort. Obs. XLVI, malade jugé inopérable, l'os iliaque étant envahi ; mort par progrès de la tumeur ; pas trace de généralisation. Obs. LXV, mort de cachexie 8 mois après le début. — Deux observations XXI et XXII, ne peuvent entrer en ligne de compte, puisque les malades meurent des suites opératoires.

Nous devons également éliminer d'autres observations puisque nous n'avons que le résultat presque immédiat de l'opération elle-même.

Restent donc cinquante-deux malades suivis les uns jusqu'à leur mort, les autres un certain temps après l'opération.

Dans une première série de six observations, tous les opérés sont morts de généralisation pulmonaire, sans que l'époque du décès soit notée.

Dans le cours de la *première année* qui a suivi l'opération, désarticulation ou amputation, vingt-huit malades ont succombé de généralisation ou des progrès de la récurrence : la plupart à la suite de sarcomatose pulmonaire et pleurale ; l'un deux avec généralisation au cœur et aux

poumons; deux par récidence au moignon, côtes, orbite, et généralisation pulmonaire.

Sur ces vingt-huit décès ayant eu lieu la première année, dix-neuf se sont produits dans les six premiers mois, neuf seulement ayant résisté plus de six mois.

Dans le cours de la *seconde année* qui a suivi l'opération, quatre malades ont succombé, l'un de généralisation pulmonaire, l'autre par envahissement des ganglions lymphatiques.

Dans le cours de la *troisième année*, nous notons deux décès par suite de généralisation pulmonaire.

Enfin deux autres malades sont morts, l'un après *trois ans*, l'autre après *quatre ans et demi*, tous deux de généralisation pulmonaire également.

Ainsi donc 42 malades, sur les 52 observations que nous pouvons utiliser, étaient morts dans les 4 ans 1/2 ayant suivi l'opération.

Restent donc 10 observations où les opérés sont notés « vivants ».

Mais dans un premier cas (Obs. XIV), le malade présentait, 13 ans après la dernière opération au niveau du bras, « une tumeur suspecte » que le chirurgien paraît considérer comme d'origine sarcomateuse,

Dans l'Observation XLI, 4 mois déjà après la désarticulation, formation d'un abcès métastatique au coude.

Restent seulement 8 malades notés comme guéris.

Le pronostic devant être absolument réservé, et cela d'un avis général, pendant les deux années qui suivent l'opération, nous croyons être en droit d'éliminer 5 observations, dans lesquelles la guérison date de 2 mois à 2 ans.

Restent donc 3 observations, avec guérison parfaite, constatée dans un cas au bout de 2 ans 3 mois; dans un second, au bout de 4 ans, dans le troisième au bout de 18 ans! Ajoutons à ces cas heureux les observations que donne M. Schwartz; l'observation de Le Fort (homme auquel on fait l'amputation de la cuisse, juste au dessus de la tumeur, et qui était guéri 5 ans après l'opération); enfin l'observation de Gross qui cite le cas d'un malade revu 10 ans après l'amputation et qui ne présentait rien d'anormal.

Les deux observations que nous relatons de généralisation après 3 et 4 ans $1/2$ nous forcent à considérer comme bien peu définitives les guérisons ayant une durée moindre.

Aux guérisons de plus longue durée nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher l'observation de Mac-Graw, où (il est vrai après des récides multiples) le malade reste 13 ans sans récides, mais récidive néanmoins!

Quant à la guérison datant de dix-huit ans, nous devons malheureusement faire remarquer que nous n'avons pas affaire à un sarcome pur, mais bien à un sarcome ossifiant (osteoid sarcome des Allemands).

OBSERVATIONS

Observation I

Sarcome périostal ostéoïde du fémur droit.

(Observ. publiée dans la Rev. méd de la Suisse rom., 1882, par le Dr Roux, service Kocher).

Mad. B..., 24 ans. Début en 1877 : légère tuméfaction au-dessus du condyle interne du fémur. Immobilisation du genou et badigeonnage de teinture d'iode, dans un hôpital de Londres. Après 5 semaines, apparaît une tumeur ovale, très dure, immobile sur l'os. La flexion du genou est bientôt gênée, œdème de la jambe le soir.

En septembre 1879, entrée à la Charité à Paris. Amputation proposée; la malade refuse et se fait traiter par un charlatan avec des pommades. Le pourtour de la tumeur mesure en février 1880, 49 cent. et demi, en mai 1880, 53 cent. et demi, tandis que la jambe saine mesure à la même hauteur 31 cent.

En mai 1880, la malade refuse la désarticulation de la hanche proposée par M. le Prof. Kocher. Elle revient, en janvier 1881, avec une tumeur ulcérée, sanieuse, mesurant au-delà de 80 cent. Température entre 37° et 39°4.

Opération le 13 février 1881. — Désarticulation de la hanche. Diagnostic histologique du prof. Langhans : Osteoïdsarkom. (Sarcome ossifiant).

La malade ne présente actuellement (1895) ni récidence ni généralisation.

Observation II

Sarcome à cellules fusiformes.

Récidives. — Généralisation pulmonaire.

(Soc. anatom. Mai 1889. Delaunay).

Homme, 50 ans. Rien dans antécédents. En 1874, coup violent à la partie antérieure de la région moyenne de la cuisse; un an après, à ce niveau, petite tumeur du volume d'une noisette, arrondie, indolore, immobile, dure, qui, peu à peu, atteint le volume d'une noix.

1878. — Nouveau coup. Tumeur ouverte. Sang noir. Deux ans après M. Reclus enlève la tumeur. 5, 6 mois après, la tumeur reparait. Pendant 3 ans la malade continue son travail.

1881. — Tumeur grosse comme un œuf qui empêche la malade de se mettre à genoux.

M. Th. Anger l'enlève. Récidive 7 semaines après. Le malade passe 2 ans dans le service. La tumeur récidive 4 fois, toujours 7, 8 semaines après opération. Le malade quitte l'hôpital guéri, mais dans l'espace de 2 semaines, il a 3 hémorrhagies qu'il arrête lui-même.

1883. — Amputation de la cuisse au 1/3 supérieur. Guérison.

1889, janvier. — Douleurs lancinantes dans le moignon. Irradiation vers lombes.

Février. — Augmentation de volume du moignon. Douleurs à exacerbations nocturnes.

Mars 1889. — Rien aux poumons. Moignon volumineux. Douleurs dans la partie supérieure interne. Peau non adhésive, pas de ganglions.

19 avril. — Désarticulation de la hanche.

Mort le 18 mai, après symptômes de généralisation pulmonaire.

Autopsie. — Généralisation dans le poumon droit, un gros noyau et semis de granulations. Granulations pleurales.

Examen par Pilliet. — Sarcome fasciculé. Dans la plèvre, sarcome à myéloplaxes.

Observation III

Sarcome myéloïde de l'extrémité inférieure du fémur

Dubar, Soc. anat., 1892

Homme, 28 ans. Tumeur datant de 18 mois environ et ayant amené, presque dès le début, une gêne marquée de la marche. Genou extrêmement tuméfié, surtout dans la région supérieure et interne ; tuméfaction siégeant dans la zone articulaire, de façon à en imposer pour une ostéosynovite tuberculeuse ; ganglions inguinaux non augmentés de volume. Attitude du membre genu varum sans flexion.

Amputation de la cuisse à la partie moyenne.

Anatomie pathologique. — Dans la région du condyle interne du fémur, grosse tumeur se prolongeant dans le creux poplité ; limite antérieure et interne, constituée par une coque ostéofibreuse provenant de la paroi osseuse amincie,

Du côté du creux poplité, le fémur est ulcéré dans une large étendue correspondant au condyle interne ; cette perforation donne issue à la masse qui remplit la cavité osseuse et lui permet d'envahir le creux poplité.

La tumeur intra-osseuse comprend deux portions, l'une supérieure, formée d'un magma mou ayant l'aspect de la pulpe centrale, l'autre inférieure, d'apparence kystique, à membrane épaisse d'un demi à un millimètre, et s'étendant jusqu'au cartilage articulaire qui est respecté.

Articulation du genou absolument intacte, sauf un affaissement du cartilage du condyle qui n'est plus soutenu par l'os sous-jacent, ce qui explique le genu varum.

Canal médullaire envahi dans sa partie inférieure jusqu'à deux ou trois centimètres au-dessus de la tumeur.

Examen histologique. — Sarcome à myéloplaxes. Le malade sort guéri.

Observation IV

Sarcome pulsatile de l'extrémité inférieure du fémur

(Oralé : Soc. chirurg. Moty)

Amputation. — Mort de généralisation trois ans plus tard.

Observation V

Ostéosarcome pulsatile du fémur gauche

Marchand, Soc. de chirurg. Séance du 25 mai 1892

Amputation de cuisse à la partie moyenne. Guérison datant de deux ans.

Femme, 30 ans, 2 enfants; dernier accouchement le 6 juillet 1889. — Les premières douleurs articulaires remontent à cette dernière grossesse; elles siègent à la partie interne du genou gauche. — En septembre, on constate une douleur, s'exaspérant à la pression, à la partie moyenne du condyle interne; l'articulation est normale; on croit à une ostéite épiphysaire ou à un abcès intra-osseux; l'iodure et les pointes de feu ne produisent guère d'effet; le genou devient de moins en moins solide et se fléchit à tout propos. — Le 14 novembre 1889, une chute sur le genou est cause de douleurs vives, avec sensation nette de craquement ou de déchirure; dès lors, le gonflement articulaire rend la marche impossible.

Examen le 16 mai 1890. — Malade très amaigrie, souffrant de douleurs incessantes dans le genou gauche, qui est notablement tuméfié, surtout à la partie interne, où l'on constate un empâtement profond et résistant, quoique dépressible. Battements synchrones à la diastole artérielle (sphygmographe), visibles. La peau est légèrement œdématiée, confondue avec la couche sous-jacente. Les mouvements articulaires sont limités par la douleur et par la tension du ligament interne; d'ailleurs l'articulation est intacte. Les douleurs, vives et lancinantes sont exacerbées par les époques menstruelles.

Amputation de la cuisse à la partie moyenne, le 10 avril 1890. — On constate un développement considérable du système artériel du membre. — Réunion par première intention.

Examen de la pièce. — L'extrémité inférieure du fémur est transformée en un tissu très mou, mêlé de sang extravasé qui ressemble plus à une bouillie sanglante qu'à un tissu pathologique. Cette masse est enveloppée d'une capsule complète représentée en dedans par le périoste épaissi du condyle interne ou tout au moins par une membrane fibreuse très épaisse et très dense se continuant avec le périoste de la diaphyse ou s'arrêtant au niveau du cartilage diaphysaire. Les cartilages de la diaphyse, du condyle et de la trochlée paraissent sains quoique légèrement amincis peut-être, et leur continuité ne laisse aucun passage vers la cavité articulaire. En dedans on trouve des débris du tissu spongieux du condyle interne, mais le tissu pathologique reste distant de deux centimètres environ de la face externe du condyle. Le canal médullaire est oblitéré par le tissu spongieux densifié, mais non absolument clos par une lamelle compacte. — La moelle diaphysaire est assez vasculaire.

Histologie. — Sarcome myélogène avec capillaires énormes et rompus par places. — A la périphérie les vaisseaux sont plus rares et entourés d'éléments fuso-cellulaires. Cette couche est assez résistante.

Observation VI

Opération orale : M. C. Marchand, Soc. de chirurg. 1892.

Femme jeune, présentant un sarcome à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du fémur. Amputation. Guérison depuis quatre ans.

Observation VIII

Sarcome central à cellules géantes du fémur.

Max Oberst de Halle ; Deutsche Zeitschrift für chirurgie, 1881.

Jeune homme, 21 ans, entré à la clinique de Volkmann pour un ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur droit. Incision

exploratrice : issue d'une grande quantité de liquide sanglant. Amputation de la cuisse. Récidive quelques mois plus tard : Désarticulation de la cuisse.

L'examen de la tumeur montre que l'on a affaire à un vaste sarcome à cellules géantes, né dans l'épiphyse intérieure du fémur; le tissu sarcomateux est représenté par une mince corne osseuse tandis qu'il existe au centre une vaste cavité remplie de sang liquide ou coagulé; on trouve sous les parois de la poche des orifices vasculaires d'un diamètre égal à celui de la radiale.

En certains points, la coque manque et est remplacée par les tissus ambiants condensés en lames, par la pression excentrique du néoplasme. On se trouve là en présence de cette variété de tumeurs que l'on a appelées anévrysmes des os; on n'avait, d'ailleurs, pas songé avant l'opération à rechercher le souffle et les pulsations. L'épanchement sanguin résulte évidemment du sang versé en abondance dans le tissu mou de la tumeur par les gros vaisseaux indiqués plus haut.

Le malade succombe, presque guéri de l'opération, aux métastases pulmonaires.

Les tumeurs métastatiques trouvées dans les poumons ont absolument la même structure que l'ostéosarcome; elles sont échelonnées le long des vaisseaux et constituent de véritables kystes sanguins, analogues au kyste du fémur.

Observation IX

Sarcome à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du fémur (condyle interne)

M. Schwartz : Soc. de chirurg., 19 décembre 1894

Résection typique du genou. — Absence de consolidation. — Electrolyse. — Guérison persistant depuis huit mois.

Homme, 35 ans.

En décembre 1891, craquement dans le genou à l'occasion d'un effort.

En 1893, séjour à Cochin. Diagnostic : arthrite tuberculeuse du genou avec épanchement. — Ponction, injection de glycérine iodoformée à 10 o/o, immobilisation. — Guérison de l'épanchement, mais persistance de la gêne des mouvements.

En avril 1894, à la suite d'une chute, séjour à Lariboisière. — Articulation très tuméfiée, douloureuse, avec impossibilité des mouvements. — Appareil plâtré pendant quatre semaines.

Puis entrée à Cochin.

Genou globuleux, légèrement fléchi, avec saillie du fémur s'arrêtant nettement au niveau de l'interligne articulaire. Flexion de 120° environ. Peau normale, partout mobile. Elévation notable de la température locale.

Extrémité inférieure du fémur nettement augmentée de volume; masses molles, comme fongueuses, dans le cul-de-sac sous-tricipital et au-dessous des ailerons de la rotule, qui est mobile. Le tibia paraît intact, il est subluxé en arrière sur les condyles fémoraux. Point très douloureux à la partie interne du condyle interne du fémur. — Circonférence : 39 centimètres à gauche, 32 centimètres 5 à droite. — Fausse fluctuation dans le cul-de-sac sous-tricipital. — Mouvements de latéralité. — La flexion et l'extension du membre provoquent de la douleur.

L'examen du malade ne révèle rien d'autre ; toutefois l'un des sommets est douteux.

Diagnostic. — Tumeur blanche du genou. — La résection typique est décidée.

On constate à l'ouverture du genou l'altération de la synoviale qui est rouge brun, tomenteuse ; il n'y a pas le moindre liquide dans l'articulation. Le tibia, la rotule sont intacts. Le condyle interne du fémur est transformé en une sorte de coque ouverte en arrière remplie d'un tissu rouge brunâtre, lie de vin, de couleur analogue à celle des fongosités de la synoviale. Le condyle externe est aussi altéré, ramolli par places.

Quoique on ait immédiatement songé à un sarcome myéloïde, le malade n'étant pas prévenu de la possibilité d'une amputation et les lésions étant très restreintes, on achève la résection.

Aucune réunion au bout de 70 jours ; on emploie l'électrolyse, et, après six mois, le malade quitte l'hôpital marchant facilement sans béquilles.

Examen histologique (M. Wurtz). — Sarcome à myéloplaxes. Le tissu fongueux synovial est formé en majeure partie par les mêmes éléments.

Observation X

Sarcome myélogène de l'extrémité supérieure du fémur.

V. Hamonic : Soc. anatomiq. 1885.

Homme, 39 ans.

Souffre de la cuisse gauche depuis 5 ans ; pendant 3 ans 1/2, les douleurs ont été assez vagues et d'intensité variable ; on les a attribuées entre autres à une arthrite chronique de la hanche, à une ostéite du fémur. Peu à peu, elles se localisent en avant de la région trochantérienne. Après 3 ans 1/2, le malade constate l'existence d'une grosseur siégeant à la partie supérieure et antérieure de la cuisse ; il n'y prête tout d'abord que peu d'attention ; puis il s'aperçoit qu'elle est le siège exclusif des douleurs et qu'une pression à son niveau les réveille. La tumeur augmente de volume dans tous les sens, mais surtout de haut en bas ; sa consistance, de dure qu'elle était, devient rénitente en certains points et molle en d'autres ; sa forme est à peine lobulée. L'état général du malade est mauvais, sa situation devient intolérable à cause de l'intensité et de la persistance remarquable des douleurs.

Désarticulation de la hanche (par Trélat), après une incision exploratrice qui confirme que la tumeur dépend du fémur et que l'os offre en outre d'elle, des rugosités et des épaississements témoignant qu'il est malade.

Le malade sort guéri 17 jours après l'opération.

Examen de la tumeur. — Absolument confondue avec l'os, elle occupe la partie antéro-supérieure du fémur gauche, faisant issue en avant et un peu en dedans, à peine bosselée, dure en certains points, molle en d'autres, elle est comme fluctuante à sa partie culminante ; la tête du fémur est saine. A la coupe, la moelle osseuse est jaune et complètement grasseuse. La substance compacte de l'os s'épaissit à mesure qu'on s'approche de la tumeur ; à ce niveau, le cylindre osseux s'évase en entonnoir, ses parois s'amincissent, sa cavité est remplie d'un tissu mou, gélatineux en certains points, rosé, blanchâtre, jaunâtre par zones. Ce tissu central, évidemment sarcomateux, s'étend jusque dans le grand trochanter, dont la lamelle

osseuse, compacte de limitation, est énormément hypertrophiée. En avant, la substance compacte de l'os a disparu sur un espace de 5 centimètres environ; en ce point, le sarcome central fait hernie sous le périoste épaissi où il forme une tumeur du volume des deux poings.

Examen histologique (Latteux). — Sarcôme à petites cellules présentant quelques foyers myxomateux.

Observation XI

Verneuil, (Virchow, Hirsch, 1881).

Jeune homme. Ostéosarcome récidivé dans le canal central. Désarticulation. Guérison.

Observation XII

Mélanosarcome myélogène du fémur, trois ans et demi après une extirpation du bulbe oculaire pour un sarcome de la conjonctive.

Observ. publiée dans la Revue médicale de la Suisse romande, 1882, par le Dr Roux, service Kocher.

Femme, 50 ans. En février 1879, chute sur la glace; fortes douleurs dans la cuisse. En juin 1880, la malade remarque au côté interne de la cuisse une tumeur de la grosseur du poing; le 4 juillet elle risque de tomber, fait un effort et ressent de grandes douleurs dans la même région. Dès lors elle ne quitte plus le lit jusqu'à son admission dans la division Kocher, le 11 octobre 1880.

Etat actuel. — Scoliose très prononcée. La cuisse gauche, très tuméfiée, présente de grosses veines cutanées, d'un rouge bleuâtre et une température notablement plus élevée qu'à droite. Pseudarthrose avec crépitation légère. La peau est infiltrée. A la palpation, on sent une tumeur ovale, sous les muscles, avec des spicules osseuses à sa surface, mais pas de coque. La tumeur s'étend du tiers supérieur du fémur jusqu'à 2 cm. au-dessus du condyle interne.

A ses limites supérieure et inférieure, pas de production osseuse périostique.

Dans l'aîne quelques indurations ganglionnaires.

Dans l'orbite droit un moignon mobile.

Sous l'apophyse coracoïde gauche, une induration de la grosseur d'une fève, très peu mobile sur le fascia superficialis ; une deuxième au côté interne de la cuisse droite, adhérente au chorion et au fascia superficialis ; une troisième et une quatrième, au-dessus du bord costal gauche et au côté externe du genou droit, sont soudées à la peau et bleuâtres.

Diagnostic. — Mélanosarcome central du fémur avec fracture spontanée. Métastases multiples.

L'état général permettant la désarticulation, malgré l'impossibilité d'une cure radicale, on procède à cette opération et à l'extirpation des foyers métastatiques dans la peau. Réunion par première intention. La malade quitte l'hôpital. Généralisation ultérieure, mort (date inconnue).

Observation XIII

Fracture pathologique du fémur droit. Sarcome central à cellules fusiformes.

Observ. publiée dans la Rev. méd. de la Suisse romande, 1882,
par le Dr C. Roux, service Kocher.

Femme, 47 ans. Treize mois avant son entrée à l'hôpital, la malade ressentit des douleurs au tiers inférieur de la cuisse gauche ; trois semaines après, le fémur se brise dans un mouvement de rotation, le pied étant fixé : légère enflure, peu de douleurs. La malade se soigne sans le secours d'aucun médecin. Il reste à la place de la fracture une tuméfaction dure, centrale, qui ne paraît pas augmenter beaucoup de volume.

Entrée à l'hôpital le 2 février 1882. Au tronc rien de particulier. La jambe gauche atrophiée, tournée en dehors, fait avec la partie supérieure de la cuisse un angle de 45°, ouvert en dehors et en arrière ; dont le sommet répond au tiers inférieur du fémur. A cet endroit on constate une pseudarthrose, une tumeur dure fusiforme, qui s'étend des condyles au milieu du fémur et présente au-dessous du condyle externe le craquement de parchemin.

Désarticulation de la hanche le 13 février. La malade quitte l'hôpital le 6 mai, Généralisation ultérieure. Mort (date inconnue).

Observation XIV

Mac-Graw, the Medical Record. New-York, 1886.

Homme, 45 ans. A l'âge de 12 ans, fracture des deux cols des fémurs (?) Cinq ans avant d'être traité par l'auteur, apparition d'une tumeur au fémur droit; enlevée cinq fois elle récidive cinq fois. Quand Mac-Graw entreprend le traitement les deux tiers inférieurs du fémur droit sont englobés dans la tumeur. Désarticulation. On constate que toute la cavité médullaire était malade. Diagnostic histologique. Sarcome en partie myxomateux.

Six mois après, récidive dans la plaie encore granuleuse. Résection de l'acétabulum.

Treize ans après la dernière opération, le malade se portait bien mais il présentait au bras une « tumeur suspecte ».

Observation XV

Sarcome central à cellules rondes.

In thèse Borck ; Clinique de Rostock, 1890. Langenbecks Archiv.

Homme, 51 ans. Fracture du corps du fémur gauche à la suite d'une chute. Traitement par l'extension (4 semaines) et l'appareil plâtré (2 mois), sans obtenir aucune consolidation; on se décide alors à une suture osseuse; l'incision, pratiquée dans ce but, fait découvrir un os mou et fragile, dont on soumet quelques fragments à l'examen histologique : c'est un sarcome central à cellules rondes.

Désarticulation; guérison en 51 jours.

Le malade meurt six mois plus tard, après avoir craché du sang pendant longtemps.

Observation XVI

Sarcome myélogène à cellules géantes

In th. Borek : clinique de Rostock, 1890

Homme, 22 ans. — Début de l'affection en janvier 1887 par douleurs persistantes au genou gauche, qui augmentent graduellement. En mars 1887, essai infructueux de traitement par l'immobilisation, après lequel on constate une tuméfaction nette des condyles fémoraux; une incision exploratrice fait reconnaître une néoformation maligne; on ampute, fin avril, la cuisse à sa partie moyenne. Guérison en trois mois environ. — En janvier 1888, douleurs dans le moignon; au bout de quatre semaines, le malade remarque, au sommet du moignon, un petit nodule de couleur noire qui s'accroît rapidement et finit par s'ulcérer. — Entrée à l'hôpital le 24 avril 1888. A ce moment, la tumeur de l'extrémité du moignon atteint le volume d'une tête d'homme et remonte presque jusqu'au grand trochanter; elle est d'une consistance molle, fluctuante par endroits; les ganglions inguinaux sont un peu engorgés.

Désarticulation le 25 avril. Le malade sort guéri le 13 juin, mais il meurt dans le courant de l'été avec des symptômes nets de métastases pulmonaires.

Diagnostic anatomo-pathologique. — Sarcome myélogène à cellules géantes avec hémorrhagies et nécroses nombreuses.

Observation XVII

Sarcomes à cellules géantes énormes et à cellules fusiformes

In th. Borek : clinique de Rostock, 1890.

Femme, 33 ans. — Entrée dans la division le 30 juillet 1888. En bonne santé jusqu'il y a sept ans; à ce moment, tumeur dure au côté interne de la cuisse gauche; la tumeur, de la grosseur d'un œuf de poule, facile à délimiter, n'est pas mobile; depuis sept ans quatre accouchements, le dernier dix jours avant son entrée à l'hôpital. La tumeur n'a crû que très lentement pendant les premières grossesses, a augmenté rapidement de volume pendant les dix dernières

semaines de la dernière, et a occasionné de fortes douleurs lancinantes dans toute la jambe.

État actuel. — La partie inférieure de la cuisse gauche présente la forme d'une massue; la tumeur atteint en avant la limite des tiers supérieur et moyen de la cuisse, la peau très tendue qui la recouvre est sillonnée de veines dilatées, les ganglions inguinaux, engorgés des deux côtés, atteignent parfois le volume d'une grosse noisette. La jambe gauche est œdémateuse. Le 31 juillet, désarticulation.

Diagnostic anatomo-pathologique. — Sarcome à cellules géantes énormes et à cellules fusiformes.

Fin août, état comateux persistant; mort le 4 septembre.

A l'autopsie, métastases dans le cœur et dans la plèvre.

Observation XVIII

Sarcome à cellules géantes

Cas de Florschütz

Femme, 24 ans. — Amputation de la cuisse pour sarcome à cellules géantes de sa partie inférieure. — Après huit semaines, récidive dans le moignon, désarticulation de la hanche. — Sort guérie.

Observation XIX

Sarcome central de la moitié inférieure du fémur

Luning. Über die blutung bei der exartic. Obersch. Zurich, 1887.

Femme, 40 ans. — Désarticulation de la hanche. — Sort guérie après quatre mois. — Meurt dix mois après de généralisation (plèvre).

Observation XX

Sarcome central du fémur (Luning)

Désarticulation. — Meurt deux ans après, par récidive aux ganglions lymphatiques.

Observation XXI

Boeckel (Th. agrég. Schwartz, 1880)

Ostéosarcome central à cellules rondes du fémur, datant de 20 ans.— Amputation de la cuisse. — Hémorrhagie foudroyante le vingtième jour.

Observation XXII

Sarcome central du fémur

Th. agrég. Schwartz, 1880

Homme, 30 ans. La tumeur a débuté depuis 2 ans 1/2 environ. Amputation au-dessous du grand trochanter. Mort d'infection purulente au 11^e jour.

Observation XXIII

Sarcome central du fémur

Observation inédite due à M. le prof. Roux, de Lausanne

Fille, 21 ans, entrée à l'hôpital cantonal le 27 avril 1891.

En octobre 1890, chute sur le genou droit, douleur vive mais passagère. En décembre, la malade, étant agenouillée, éprouve de rechef une vive douleur au genou droit; dès ce moment e'le commence à boiter, n'étend ni ne fléchit plus bien la jambe, marche cependant sans grandes douleurs, ni difficultés. En janvier 1891, un médecin lui fait remarquer, au niveau du condyle externe du fémur droit, une tumeur que l'on traite en vain par le massage et par divers topiques. Peu à peu, la tuméfaction gagne la partie interne du genou, puis remonte assez rapidement dans la cuisse (plusieurs centimètres en quelques jours). Les douleurs, continues mais point très fortes, permettent à la malade de marcher jusqu'au commencement d'avril. — Elle a beaucoup maigri dès janvier.

Etat actuel. — Fille d'apparence saine, sans lésions autres que sa tumeur. Genou droit légèrement fléchi; pas de mouve-

ments actifs ni passifs. Le tiers inférieur de la cuisse forme une grosse tumeur sur laquelle la peau est luisante, tendue, non adhérente ; du côté externe, la tumeur remonte un peu moins haut qu'en dedans et en arrière, où elle atteint la limite du tiers inférieur et du tiers moyen ; en bas elle s'étend jusqu'au tibia, qui paraît indemne, ainsi que le péroné. Circonférence prise au milieu du genou, 42 cm. à droite contre 31 cm. à gauche. La tumeur, mamelonnée surtout vers les bords, est de consistance ferme ; les ganglions inguinaux sont normaux ; la température locale est sensiblement exagérée.

Désarticulation de la hanche le 2 mai. — La malade sort guérie le 30 mai.

Diagnostic anatomo-pathologique. — Sarcome ostéoïde (central).

Mort quatre mois après par généralisation pulmonaire.

Observation XXIV

Sarcome central du fémur gauche

Observation inédite due à M. le Prof. Roux, de Lausanne.

Fille, 17 ans, entrée à l'hôpital cantonal le 6 avril 1895.

En juin 1893 la malade constate par hasard, au côté externe de la partie moyenne de la cuisse gauche, une tumeur dure, indolore, immobile, qui s'accroît peu à peu dans tous les sens, sans gêner les mouvements ; les douleurs sont rares et légères. Séjour au lit dès janvier 1895, pour une bronchite : le genou gauche a pris l'attitude de la flexion et ne peut plus être étendu.

Etat actuel. — Fille amaigrie et faible. La cuisse gauche est envahie du genou jusque vers le grand trochanter, par une tumeur fusiforme, élastique, non fluctuante ; la peau, amincie et tendue, n'est pas adhérente ; les veines sont très dilatées ; la cuisse mesure à sa partie moyenne, qui est la plus volumineuse, 66 centim. de circonférence. Le jeu des muscles est normal ; seule l'extension complète est impossible.

La malade présente des signes évidents de généralisation pulmonaire; elle quitte l'hôpital le 10 juin et meurt le 20 juin 1895.

Observation XXV

Chondrosarcome du fémur, d'origine centrale.

Observation inédite due à M. le Professeur Roux, de Lausanne.

Homme, 15 ans, entré à l'hôpital cantonal le 25 septembre 1889.

A la fin de juillet 1889, quelques douleurs dans le genou droit; en août, à la suite d'une contusion, ce genou se tuméfie légèrement, et l'enfant commence à boiter; en septembre, un faux pas augmente les douleurs, qui ne sont d'ailleurs jamais spontanées et ne se produisent que pendant la marche et à la pression.

Etat actuel. — Cuisse et mollet droits visiblement atrophiés; genu valgum prononcé avec tuméfaction du condyle interne du fémur; cette tuméfaction s'étend jusqu'au creux poplité, elle est fluctuante à son centre, résistante vers ses bords; les mouvements de flexion et d'extension de la jambe ne sont conservés que dans les limites de 90° à 160°. — Température locale augmentée.

Désarticulation de la hanche le 30 septembre 1889. — Meurt, par métastases pleurales et pulmonaires, le 23 juillet 1890.

Observation XXVI

Sarcome sous-périostique et médullaire ossifiant.

(Hamon, Société anatomique, 1885.)

Homme, 33 ans. — Début il y a un an par douleurs intermittentes assez vives, exagérées par les mouvements, simulant le rhumatisme; tuméfaction du genou gauche. — Au bout de 5 mois environ, douleur localisée au niveau du condyle externe du fémur gauche; en 3 jours, sans cause apparente, la tuméfaction envahit toute l'extrémité inférieure du fémur. — Enfin les douleurs, toujours localisées, deviennent intolérables.

A l'entrée à l'hôpital, la tumeur, nettement limitée à la moitié inférieure de la cuisse gauche et à l'articulation du genou, confondue avec le fémur, de consistance osseuse. La cuisse gauche mesure 5 centimètres de circonférence de plus que la droite. Ni ramollissement, ni fluctuation, peau saine, veines dilatées, muscles atrophiés; léger épanchement dans le genou. Mouvements indolores, un peu plus difficiles que du côté sain. Un ganglion inguinal de dureté pierreuse. Malade amaigri, pâle.

Amputation de cuisse au tiers moyen (Tillaux); suites excellentes, malgré qu'on ait craint un instant une récurrence sur place. Le malade, revu 4 mois plus tard, était en parfaite santé.

Examen anatomo-pathologique. — Le périoste entourant la tumeur est atteint de sarcome diffus à petites cellules avec ilots d'infiltration calcaire, sans ossification véritable. La tumeur entoure l'os comme un manchon diminuant d'épaisseur de bas en haut. L'articulation du genou est intacte. Le tissu de la tumeur est celui d'un sarcome sous-périostique ossifiant. Le canal médullaire est envahi par une masse présentant les mêmes caractères : c'est un sarcome à petites cellules infiltré de sels calcaires. Le tissu osseux compact étant intact, sauf quelque peu d'ostéite condensante, les tumeurs sous-périostique et du canal médullaire ne se continuent point. Un ganglion lymphatique, dur comme de l'os, présente une infiltration calcaire avec dégénérescence sarcomateuse en plusieurs points.

Observation XXVII

Sarcome encéphaloïde à petites cellules

Valude : Rev. des maladies de l'enfance, 1883

Garçon, 8 ans 1/2. Douleurs dans la jambe droite et surtout dans le genou, depuis 5 mois.

A l'entrée à l'hôpital, tuméfaction considérable du genou droit, dont la forme est à peu conservée; toutefois on ne retrouve pas l'extrémité inférieure du fémur qui est noyée dans la tumeur; celle-ci remonte en diminuant graduellement de volume, jusqu'à la partie moyenne de la cuisse; sa consistance est inégale, dure par places, fluctuante ailleurs; peau violacée, veines dilatées, membre

atrophié, avec œdème malléolaire. La tumeur s'accroît rapidement pendant le séjour à l'hôpital.

Amputation circulaire de la cuisse, faite le plus haut possible; deux mois après l'enfant est en santé florissante.

Examen anatomo-pathologique. — Genou sain. Fracture du fémur au-dessus des condyles. La tumeur occupe la plus grande partie de la diaphyse.

Observation XXVIII

Sarcome périostique

Thiéry et Cazenave, Soc. anat. 1891

Homme, 23 ans. Il y a un an, douleurs lancinantes dans la région du genou. Il y a trois mois, apparition d'une tumeur sur le tiers inférieur de la cuisse; elle atteint en quinze jours son volume actuel, ou à peu de chose près. Aucun trouble fonctionnel.

A l'entrée à l'hôpital, malade pâle, anémié, très amaigri. — A la partie inférieure du fémur droit; tumeur à surface régulière, dure par places, légèrement rénitente ailleurs, demi-fluctuante à certains endroits, fusiforme, articulation du genou normale; le point le plus élevé de la tumeur se trouve sur la face externe de l'os, à 20 centimètres de l'épine iliaque externe supérieure. Petits ganglions inguinaux, mais aussi bien à gauche qu'à droite; température locale surélevée de 1° 1/2 environ.

Désarticulation de la hanche. Suites opératoires excellentes.

Diagnostic postopératoire. — Sarcome en fuseau, d'origine périostique.

On perd le malade de vue après sa sortie de l'hôpital.

Observation XXIX

Ostéo-sarcome périostal

Proust, Progrès Méd. 1882

Femme, 22 ans, entrée le 25 octobre 1881 dans le service de B. Auger. — Début en septembre 1880, par douleurs au

côté externe du genou droit; peu après, légère tuméfaction sur tout le pourtour de l'articulation. — Le 24 octobre 1881, chute sur le genou, la malade ne peut se relever, ni marcher. — Elle est d'ailleurs enceinte de sept mois; on attend l'accouchement qui est régulier; mais la tumeur augmente considérablement de volume pendant les deux derniers mois de la grossesse.

Le 1^{er} janvier 1882, le genou droit présente une tumeur de consistance inégale, douloureuse à la palpation; la peau est tendue, luisante; les veines sont dilatées. La jambe est en demi-flexion et abduction. L'état général est mauvais.

Amputation le 18 janvier (la faiblesse de la malade a fait redouter la désarticulation). Sort guérie.

La tumeur présente un aspect aréolaire et des poches kystiques; la dyaphyse et la moelle paraissent intactes; le néoplasme s'est développé en entourant l'os; articulation saine.

Observation XXX

Sarcome ostéopériostique à généralisation rapide.

Denucé, Soc. anatom. 1884.

Homme, 17 ans. Début il y a 9 mois par douleurs à l'extrémité du fémur gauche; 2 mois après, apparition d'une tumeur. A peine 5 mois après le début, difficultés de la mastication, et, au bout de 1 mois, nouvelle tumeur siégeant vers l'union de la branche gauche et du corps du maxillaire inférieur; ulcération et hémorrhagies.

A son entrée à l'hôpital, malade très affaibli, cachectique. Le tiers ou même la moitié inférieure de la cuisse gauche est très volumineuse; une tumeur profonde engaine l'os, auquel elle est fixée. La tumeur du maxillaire occupe toute la branche montante.

Résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur (Trélat). — Le lendemain, dyspnée grave, crachats fétides. — Mort le troisième jour après l'opération.

Autopsie. — La tumeur engaine, sauf en arrière, la moitié inférieure du fémur droit; elle est sous-périostée en haut, mais envahit de plus en plus l'os à mesure qu'on descend, sauf dans la partie

postérieure; le cartilage épiphysaire est sain. — Métastases pulmonaires.

Histologie. — Sarcomes globo-cellulaires (maxillaires, fémur et poumon).

Observation XXXI

Ostéosarcome du fémur

Martinet, Soc. anat., 1874

Homme, 19 ans. — Début 3 mois auparavant par tumeur à la partie inférieure et interne de la cuisse droite, et douleurs. La tumeur s'accroît, surtout depuis un mois.

A l'entrée à l'hôpital, la tumeur, très dure, semble faire corps avec le fémur; ganglions inguinaux volumineux du côté malade, comme aussi, d'ailleurs, du côté sain.

Désarticulation de la hanche. — Guérison.

Pièce. — Tumeur très molle par places, très dure ailleurs, très vasculaire en avant seulement; elle semble d'origine périostique; canal médullaire comblé par tissu compact. — Noyaux sarcomateux dans la tête du fémur et dans le grand trochanter.

Mort 7 mois après l'opération, par généralisations pulmonaires.

Observation XXXII

Sarcome périostique à cellules rondes, ulcéré, avec engagement ganglionnaire inguinal.

Bardeleben, Charité annalen, 1888

Homme, 21 ans.

Désarticulation. Mort 3 mois après l'opération. Métastases nombreuses, quelques-unes atteignent le volume du poing, dans la plèvre et les poumons.

Observation XXXIII

Sarcome périostique du fémur.

Von Bergmann (Nasse in Langenbeck's Archiv, vol. XXXIX)

Fille, 10 ans.

Désarticulation. Mort 4 1/2 ans après, par généralisation pulmonaire.

Observation XXXIV

Sarcome périostique du fémur à cellules fusiformes.

Von Bergmann (Nasse, loc. cit.)

Femme, 59 ans.

Désarticulation. La guérison persiste 3 mois après l'opération.

Observation XXXV

Fibrosarcome périostique du fémur à cellules fusiformes.

Trendelenburg (Archiv für klin. Chir., 1881)

Fille, 11 ans.

Désarticulation. Mort 4 1/2 mois après par généralisation pulmonaire.

Observation XXXVI

Trendelenburg (Archiv für klin. Chir., 1881)

Sarcome périostique du fémur, engainant l'articulation de la hanche.

Homme, 20 ans.

Engorgement ganglionnaire inguinal. Désarticulation. Mort par généralisation 14 mois après l'opération.

Observation XXVII

Sarcome du fémur à cellules fusiformes.

Clinique Rostock in thèse Borck : v. Langenbeck's archiv, 1890.

Femme, 26 ans.

Début, huit jours seulement avant son entrée à l'hôpital, par tuméfaction du tiers inférieur de la cuisse droite, qui présente une apparence fusiforme.

Désarticulation de la hanche. Guérison.

Examen de la pièce. La tumeur occupe entièrement les côtés externe, antérieur et interne du fémur (dessous son tiers inférieur); le côté postérieur n'est envahi que sur une étendue de 4 centim.; elle s'étend en avant jusqu'aux surfaces articulaires, en arrière jusqu'à l'échancrure intercondylienne.

La malade est en parfaite santé 27 mois après l'opération.

Observation XXXVIII

Sarcome ostéoïde du fémur.

Luning (loc. cit.)

Fille, 17 ans.

Désarticulation. Morte après 7 mois, par généralisation pulmonaire.

Observation XXXIX

Ostéosarcome périostique du fémur.

Observation inédite due à M. le professeur Roux, de Lausanne.

Garçon, 17 ans. Début il y a sept mois environ, par tumeur indolore du volume d'un pois adhérent au condyle externe du fémur gauche. Elle augmente lentement pendant quatre à cinq mois, puis elle s'accroît plus rapidement et devient douloureuse.

Membre inférieur gauche notablement atrophié; flexion et surtout extension du genou incomplètes; tumeur dure, de la

gros seur du poing, siégeant au-dessus du condyle externe du fémur, et se prolongeant jusqu'à la ligne âpre et au creux poplité, faisant corps avec l'os, sans adhérences à la peau.

Amputation de la cuisse à sa partie moyenne. Guérison.

Mort, 1 an 1/2 après, de métastases siégeant aux côtes droites, aux poumons et au cerveau.

Observation XL

Ostéo-sarcome ulcéré de l'extrémité inférieure du fémur droit.

Poncet. Th. agrég. Schwartz.

Amputation de cuisse au 1/3 supérieur. Jeune homme 15 ans. Début 3 mois auparavant. Ganglions indurés. 1 mois 1/2 après généralisation.

Observation XLI

Ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur.

Moty. Acad. Méd. 1891.

Homme 24 ans. Coup de pied de cheval au genou. 3 mois après, fracture spontané du fémur. On constate un sarcôme qui évolue rapidement, accompagné d'un phlegmon suppuré. Désarticulation. Guérison. Apparition 4 mois après d'un abcès métastatique au coude.

Observation XLII

Ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur.

Boekel. in th. Schwartz.

Chez une femme de 25 ans, datait de 2 ans. Ganglions inguinaux. Amputation de cuisse au 1/3 supérieur. Mort le 24^e jour de généralisation au foie. Diagnostic : Cysto-sarcome à petites cellules rondes.

Observation XLIII

Sarcome développé et foyer de fracture du fémur par arme à feu

Seydel. 21^e congrès Soc. allemande de chirurgie, 1892.

Amputation de cuisse. Mort 3 mois après l'opération, suite de métastases sarcomateuses.

Observation XLIV

Ostéo-sarcome du fémur

Le Bec (Congrès français de chirurgie, 1888)

Désarticulation de la hanche. Guérison. Mort par généralisation.

Observation XLV

Ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur

Lucas-Championnière (Soc. chirurg. 1886).

Amputation, récurrence et généralisation. Enfant qui, à la suite d'une chute datant de quelques semaines présente une tuméfaction douloureuse de l'extrémité inférieure du fémur. On diagnostique : ostéomyélite. L'incision provoque une telle hémorrhagie que l'amputation est jugée nécessaire.

On pense à un sarcome du fémur, mais l'examen ne donne rien. Amputation. Guérison.

Deux mois après le malade meurt de récurrence au moignon et à l'os iliaque avec généralisation pulmonaire.

Observation XLVI

Ostéo-sarcome du fémur

Gervais (journ. de méd. de Bordeaux, 1892).

Pas d'opération. Homme, 37 ans. Il y a un an, douleurs de la cuisse droite et apparition simultanée d'une tumeur à la partie moyenne de la cuisse, qui grossit et forme un manchon autour de l'os. Entre à l'hôpital 9 mois après le début, déjà inopérable et cachectique.

La tumeur se continue vers l'os iliaque qui est gros et douloureux. A la partie inférieure du fémur, fracture spontanée. Mort un an après le début.

Autopsie. — Os et parties molles de la cuisse en bouillie, os iliaque pris dans toute son étendue. Rien dans les autres organes.

Observation XLVII

Ostéo-sarcome du fémur

Polloch, The Lancet, 73

Désarticulation. Mort de généralisation pulmonaire.

Observation XLVIII

Ostéo-sarcome du fémur

Green, The Lancet, 73

Amputation. Mort de généralisation au cerveau et aux poumons.

Observation XLIX

Ostéo-sarcome du fémur

Heawland, Medic. Times and Gaz. 1874

Amputation de la cuisse. Mort de généralisation aux poumons et au cerveau 4 ans après.

Observation L

Ostéo-sarcome du fémur

Martinet (Bullet. Soc. anat. 1874)

Désarticulation. Mort de généralisation pulmonaire.

Observation LI

Richet, Virchow-Hirsch, 1879.

Jeune fille avec un gros ostéo-sarcome. Désarticulation. Après moins d'une année, généralisation dans les organes internes et mort.

Observation LII

Ostéo-sarcome du fémur gauche

Guterbock, Mertz Beitrag zur statistik der tumoren.

Chez une femme de 29 ans. Amputation. Trois mois après récidive au moignon. Désarticulation. Mort peu après.

Observation LIII

V. Bergmann (Flörschütz-Behandlung der sarcome der Extremitäten. Berlin, 1883.)

Homme avec un myxo-sarcome du fémur droit, présentant des tumeurs métastatiques cutanées au ventre et cuisse gauche.

Désarticulation. Mort 8 jours après. Noyaux sarcomateux dans les poumons.

Observation LIV

V. Bergmann (loc. cit.).

Femme de 48 ans avec un myxo-sarcome du fémur. Désarticulation. Mort, au bout de 3 mois, de généralisation pulmonaire.

Observation LV

H. Volkmann (May. Beitrage zur Casuistik der Huftgelenksexarts, Heidelberg, 87).

Homme de 24 ans avec récive sarcomateuse au moignon d'amputation. Désarticulation. Mort de généralisation.

Observation LVI

H. Bergmann (loc cit.).

Fille de 18 ans avec chondro-sarcome. Désarticulation. Mort 4 ans 1/2 après l'opération de généralisation pulmonaire.

Observation LVII

Tradelenbourg. (Arch. fur Klin. Chirurg, 1881).

Fille de 15 ans avec un sarcome du fémur. Désarticulation. Mort 2 mois après de généralisation pulmonaire.

Observation LVIII

Madelung. (In th. Borek. Clinique Rostock. Langenbecks, Archiv, 1890)

Femme, 25 ans. Onze mois environ avant son entrée à l'hôpital, à la partie moyenne et interne du fémur, elle remarque une tuméfaction de la cuisse droite, à l'union des tiers supérieurs et moyen et du côté interne. La tumeur grandit peu à peu, sans douleurs; en s'étendant d'abord vers le haut et vers le bas.

A l'entrée à l'hôpital, la tumeur occupe surtout les parties antérieure, interne et postérieure de la cuisse; sa consistance est élastique, nettement fluctuante; la peau est tendue; les veines sont dilatées.

Désarticulation de la hanche. — Guérison.

Diagnostic anatomo-pathologique. — Sarcome du fémur.

Mort 3 ans après l'opération par généralisation pulmonaire.

Observation LIX

Luning (loc. cit.)

Homme, 23 ans. — Ostéosarcome du fémur. — Désarticulation.
— Mort 14 mois après de généralisation pulmonaire.

Observation LX

Luning (loc. cit.)

Garçon, 13 ans. — Ostéosarcome du fémur. — Désarticulation.
— Mort 10 mois plus tard de généralisation pleurale.

Observation LXI

Luning (loc. cit.)

Tumeur du fémur. — Désarticulation. — Mort 3 mois après de sarcome pulmonaire.

Observation LXII

Eisemberg (thèse Wurtzbourg, 1886 : désarticulation du fémur).

Homme, 23 ans. Sarcome épiphysaire du fémur gauche.
Désarticulation. Mort plus tard de généralisation pulmonaire.

Observation LXIII

Eisemberg (op. cit.)

Homme, 21 ans. Ostéosarcome du fémur avec fracture spontanée. Désarticulation. Mort 9 semaines plus tard de métastase pulmonaire.

Observation LXIV

Sarcome du fémur (Petites cellules rondes)

Rev. méd. Suisse Rom. 82 : Roux, in service Kocher

F..., 41 ans. Au mois de mars 1875, la malade ressent des douleurs dans la région de l'épiphyse inférieure du fémur droit et remarque dans cette région un gonflement circonscrit qui atteint en juillet le volume du poing. Au mois de novembre, à la suite d'applications de teinture d'iode, la tumeur augmente rapidement de volume, à la fin de novembre, le médecin traitant fait placer quatre moxas ; de l'ouverture produite par l'un d'eux sort bientôt un bourgeon charnu qui grossit très rapidement. Amaigrissement marqué.

La malade entre dans le service le 16 février 1876. Elle est anémique et maigre. La cuisse présente à sa face interne, au-dessus du genou, une tumeur arrondie, surmontée d'un bourgeon charnu fluctuant, de la grosseur du poing. La cuisse mesure à cette hauteur 69 cent. de tour.

Opération le 17 février 1876. Désarticulation coxo-fémorale. Mort, 6 mois après, de généralisation.

Autopsie. — Noyaux sarcomateux des poumons, plèvre, côtes, clavicule, capsule surrénale gauche, dure-mère. Orbite gauche.

Observation LXV

Ostéo-sarcome de la cuisse

Observation inédite due à M. le prof. Roux, de Lausanne

Garçon, 15 ans. Début en août 1894, par douleurs vagues dans la cuisse gauche; dès lors, le malade boite un peu. Au milieu de septembre, ces symptômes s'aggravent en même temps qu'apparaît une légère tuméfaction, douloureuse à la pression, de la partie moyenne de la cuisse gauche. La tuméfaction augmente de plus en plus rapidement jusqu'à l'entrée à l'hôpital (19 octobre), elle s'étend peu à peu vers le genou.

A l'entrée à l'hôpital, les deux tiers inférieurs de la cuisse offrent l'aspect d'une tête de massue, dont le tiers inférieur serait le manche; la tumeur, fusiforme en haut, se termine brusquement au genou et paraît former un manchon au fémur; elle est régulière, sa consistance varie, ferme en haut, presque fluctuante en bas, surtout en dedans. Peau luisante, distendue, sillonnée de grosses veines. Consistance irrégulière.

Ganglions inguinaux tuméfiés. Refuse l'opération. Mort 8 mois après le début, avec ulcération étendue de la tumeur et état cachectique.

Conclusions

On peut dans une certaine mesure pronostiquer la rapidité d'évolution du néoplasme, par le diagnostic histologique de la variété de sarcome. Mais ce diagnostic ne doit pas être pris en considération, pour ce qui est du choix de l'intervention chirurgicale.

L'amputation de la cuisse faite le plus loin possible du siège de la tumeur, sera préférée à la désarticulation, sauf contre-indication spéciale, due au siège de la tumeur et à l'état des parties adjacentes.

La guérison définitive des sarcomes fémoraux, quel que soit le genre d'intervention, paraît excessivement rare.

Vu par le Président de la Thèse :

TARNIER.

Vu :

Le Doyen de la Faculté,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de la Faculté de Paris,

GRÉARD.

